

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

137
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Gheorghe COSTESCU

Né le 14 Août 1908, à FOCSANI (Roumanie)

Statistique
des délivrances artificielles
pratiquées à la clinique Tarnier
dans les années 1934-1935

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Gheorghe COSTESCU

Né le 14 Août 1908, à FOCSANI (Roumanie)

Statistique des délivrances artificielles pratiquées à la clinique Tarnier dans les années 1934-1935

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL- LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maur. VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	Marcel IABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGEANT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	BEZANCON.
Cardiologie clinique	MATHIEU.
	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES
BENARD Henri..	Pathologie médicale.	DE GENNES ...
BERNARD Et..	Pathologie médicale.	GAYET
BESANCON (J.)	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENEAU ..
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN
COSTE	Pathologie médicale.	JOANNON
DOGNON.....	Physique.	LABBE Henri ..
FEY	Urologie.	LACOMME
FUNCK-		LANTUEJOL ..
BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy..
GALLIARD	Parasitologie.	LELONG
GASTINEL	Bactériologie.	

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) .	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU- LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLÉRY-RADOT (Pasteur).	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER ...	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	} Clinique obstétricale.
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ..	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Stomatologie.
RUPPE	Microbiologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

Témoignage de mon affection et de
ma gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

*Professeur de Clinique obstétricale et de Gynécologie
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Accoucheur des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et que nous prions d'accepter nos respectueux remerciements.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE PARIS

En remerciement de tout ce qu'ils
ont bien voulu m'apprendre. Nous te-
nons à exprimer ici toute notre grati-
tude.

Statistique des délivrances artificielles
pratiquées
à la Clinique Tarnier dans les années 1934-1935

INTRODUCTION

Nous voulons dans ce court travail basé sur les statistiques des délivrances artificielles pratiquées à la Clinique Tarnier pendant les années 1934 et 1935, apporter un témoignage de plus sur la nécessité, l'efficacité et les heureux résultats obtenus, en la pratiquant judicieusement dans les accidents de la délivrance.

Notre étude ne portera que sur les femmes à terme, avec enfant vivant ou mort pendant le travail.

Le sujet comprendra l'étude de la fréquence, morbidité et mortalité de la délivrance artificielle, avec statistique et conclusions sur le pronostic de cette intervention.

Nous distinguerons les cas où la D. A. a été pratiquée après une autre intervention, de ceux où elle se trouve à l'état d'opération isolée.

HISTORIQUE

Pratiquée systématiquement par MAURICEAU, la délivrance artificielle entraîna avant la période pasteurienne de tels accidents infectieux, qu'on ne la fit qu'avec une légitime crainte.

Depuis les choses ont bien changé; ce qui amena TARNIER à dire : « Je n'ai jamais perdu une malade d'hémorragie de la délivrance parce que j'ai recours très vite à la délivrance artificielle ».

DEFINITION - TECHNIQUE

INDICATIONS

La D. A. consiste à introduire la main dans l'utérus à décoller le délivre et à l'extraire en totalité.

Au point de vue technique on divise la D. A. en 3 temps :

1° La main introduite avec tous les soins aseptiques nécessaires, explore en passant le vagin, le col et le segment inférieur; puis entre deux contractions elle aborde la région basse de l'utérus, pendant que l'autre main coiffe largement le fond utérin.

La main intérieure aborde le placenta par le bord inférieur si possible, après avoir trouvé un point de pénétration entre l'utérus et les membranes.

2° On décolle soit avec le bord cubital ou radial, soit avec le bout des doigts; mais intégralement, minutieusement et sans précipitation.

3° Saisi à pleine main, l'arrière faix est entraîné vers le col dans l'intervalle des contractions. L'ayant extrait un examen attentif s'impose pour constater l'état de son intégrité.

Pour la bonne compréhension des choses, exposons maintenant la physiologie de la délivrance normale.

Dans un premier temps, après l'expulsion du fœtus, l'utérus se trouvant en période de repos physiologique se rétracte; or justement cette rétraction prépare le décollement. Ensuite les contractions utérines réapparaissent et énucléent le placenta qui se décolle suivant un plan de clivage.

Dans un deuxième temps, le placenta est chassé dans le vagin par les contractions utérines et dans le troisième temps il franchit l'anneau vulvaire.

Or, il arrive d'avoir des difficultés sérieuses aux trois temps, mais surtout au premier.

Ces difficultés sont dues à :

1° Inertie utérine;

2° Adhérences anormales.

Toutes deux conduisent inévitablement à l'hémorragie par la béance des sinus ou le décollement partiel.

A ces deux grandes indications, nous en adjoindrons d'autres que nous exposerons aux chapitres A et B.

On termine l'opération par une injection intra-utérine chaude en se servant de la solution suivante : iode, 3 grammes; iodure de potassium, 6 grammes, eau bouillie 1 litre et au besoin on peut faire un iodage de l'utérus.

Cette technique doit en certains cas être complétée de la façon suivante suivant qu'il s'agit d'une adhérence du placenta ou d'une hémorragie ou inertie utérine.

Dans le premier cas, il est bon et prudent de terminer la délivrance artificielle par un curettage à la curette mousse de Cuzzi ; dans le second cas, un tamponnement serré et minutieux de toute la cavité utérine avec une longue bande de gaze stérilisée, s'impose.

Chaque fois qu'on aura pratiqué une délivrance artificielle, les quelques premiers jours des suites de couches on fera des applications d'un sac de glace sur la région hypogastrique. D'autre part, il est inutile d'insister que l'opérateur doit s'entourer de toutes les garanties d'asepsie possible car la délivrance artificielle joue un rôle considérable dans l'étiologie des infections puerpérales.

A

Dans ce chapitre, nous traiterons seulement des délivrances artificielles qui ont fait suite à une autre intervention chirurgicale.

1. — FREQUENCE

Sur 4.047 accouchements pratiqués à la Clinique Tarnier dans les années 1934 et 1935, nous avons relevé 23 délivrances artificielles sur une totalité de 67, donc un pourcentage de 31 %, soit sur le total des accouchements un pourcentage de 0,51 %.

2. — INDICATION

La grande indication a été l'hémorragie : 13 fois. Mais il est difficile de faire la part des difficultés rencontrées au cours de l'accouchement, de déterminer si c'est l'inertie qui est en cause ou le décollement partiel du placenta ; les interventions ayant été pratiquées sous anesthésie après un travail long et pénible, d'où inertie fréquente.

Toutes les D. A. ont été pratiquées d'ailleurs immédiatement après l'intervention.

3. — MORBIDITE

Sur 13 observations colligées, nous trouvons 5 cas où les suites de couches furent fébriles, ce qui représente une morbidité de 21,30 %.

Dans tous ces cas, le pouls n'a pas dépassé 95, ni la température 39°.

D'autre part, le séjour à l'hôpital a varié entre 15 et 25 jours maximum.

Aucun cas de phlébite n'a été enregistré.

4. — MORTALITE

La mortalité a été nulle.

STATISTIQUE DES DÉLIVRANCES ARTIFICIELLES PRATIQUÉES APRÈS INTERVENTION
CHIRURGICALE. (Chiffres relevés sur 4.047 accouchements.)

N° d'ordre	Année	N° de l'accouchement	Parité	Terme de la grossesse	Présentation	Durée du travail	Délivrance faite au bout de...	Poids du placenta	Suite de couches	INDICATIONS OBSERVATIONS
1	1934	232	I	T	OIGA	40 h.		800 gr.	N.	Forceps. Œdème lèvres ant. Albuminurie.
2	»	514	I	T	OIGP	15 h.		675 gr.	F.	Forceps. Liquide purée de pois.
3	»	1177	I	T	Gem.	17 h.	Iméd.	1170 g.	N.	Version. Gémellaire.
4	»	1336	I	T	OIGA	16 h.	Iméd.	580 gr.	N.	Forceps. Hémorragie.
5	»	1371	I	8 mois	Basio		Iméd.		N.	Basiotripsie.
6	»	1448	I	T	OIGA	19 h.	1 h.	570 gr.	N.	Forceps. Non dec. Hémorragie.
7	»	1933	II	T	MIGT		Iméd.	735 gr.	N.	Tentative forceps. Version. Hémorragie.
8	»	1990	IV	T	AID	9 h.	Iméd.	675 gr.	N.	Version. Fibrome. Inertie. Hémorragie.
9	»	2135	III	T	OIGA	7 h.	1 h. 3/4	535 gr.	N.	Forceps. Hémorragie.
10	»	2189	II	T	Gem.		Iméd.		N.	Version. Hémorragie.
11	1935	3	I	T	SIDA	14 h.	Iméd.	970 gr.	F.	Version gémell. Hémorragie.
12	»	29	I	T	OIDA	13 h.	2 h.	620 gr.	F.	Forceps. Hém. importante.
13	»	74	II	T	Gem.	10 h.	Iméd.	1075 g.	N.	Forceps. Hémorragie.
14	»	142	I	T	OIGA	12 h.	2 h.	550 gr.	N.	Forceps. Inertie. Hémorragie.
15	»	205	I	T	OIDA	16 h.	2 h. 1/2	405 gr.	N.	Forceps. Hémorragie.
16	»	234	II	T			Iméd.	390 gr.	F.	Embryotomie. Liquide purée de pois.
17	»	343	II	T			Iméd.		F.	Basiotripsie. Hémorragie.
18	»	434	II	T	OIDP	15 h.	Iméd.	540 gr.	N.	Version. Manœuvres int.
19	»	710	I	T	OIDP	15 h.	1 h. 3/4	420 gr.	N.	Forceps. Hémorragie.
20	»	1005	II	T	OIDP	7 h.	1/4 h.	750 gr.	F.	Forceps. Grande hémorragie.
21	»	1766	I	T	OIGA	16 h.	Iméd.	570 gr.	N.	Forceps. Epuisement.
22	»	1847	I	T					F.	Crânioclasie. Hémorragie.
23	»	1948	II	T	Gem.	9 h.	Iméd.	995 gr.	N.	Forceps. Gémellaire. Albumine.

B

Sur les 4047 accouchements colligés par nous, on trouve que la délivrance artificielle a été pratiquée sans intervention précédente 47 fois ; ce qui donne un pourcentage de 1,13 %, donc plus du double que dans la D. A. pratiquée après une intervention.

En comparant nos chiffres avec des statistiques plus anciennes, nous les trouvons sensiblement supérieurs : en effet BUDIN en 1895 dans sa thèse, trouve à la Charité sur 3295 accouchements 25 délivrances artificielles, soit 0,7 % ; BROSSET dans sa thèse de Paris en 1898, trouve à la Clinique Baudelocque sur 12.867 accouchements 115 D. A., soit 0,89 % ; JACOBSON en 1906, nous renseigne dans sa thèse de Paris, qu'il trouve à la Clinique Baudelocque sur un total de 15.035 accouchements 90 D.A., soit 0,60 % et enfin ROYER dans sa thèse de Paris 1921, trouve sur 12.046 accouchements pratiqués à la Clinique Tarnier, 99 D. A., soit 0,82 %.

Nous étudierons maintenant les causes qui ont été à la base de ces interventions et les influences susceptibles de les déterminer.

a) INFLUENCE DE LA PARITÉ.

Sur nos 47 délivrances artificielles, 29 ont eu lieu chez des primipares, 15 chez des multipares et 3 chez de grandes multipares.

A l'examen de ces chiffres, on serait tenté de reconnaître l'influence de la multiparité qui donne un pourcentage de 0,83 % sur les 4.047 observations col-

ligées par nous ; par rapport à la primiparité qui donne un pourcentage de 0,87 %.

Mais la fréquence observée n'est que relative si on compare d'autres statistiques : BOSQUET trouve un pourcentage de 1,11 % chez les primipares et 0,71 % chez les multipares ; tandis que JACOBSON trouve un pourcentage de 0,59 % chez les primipares et de 0,61 % chez les multipares.

Nous pouvons donc conclure de ces chiffres, que la parité n'est pas un facteur important dans la fréquence de la délivrance artificielle.

b) INFLUENCE DU POIDS DU PLACENTA.

Dans 22 de nos observations, le poids du placenta représente plus du sixième du poids du fœtus : la D. A. est donc beaucoup plus fréquente dans les cas d'un gros placenta et cela d'autant plus qu'à la grosseur du placenta, s'ajoute l'adhérence chez les femmes atteintes d'endométrite.

c) INFLUENCE DU POIDS DU FŒTUS.

Dans 7 cas, nous trouvons des nouveau-nés pesant plus de 4.000 grammes et 4 accouchements gémellaires dont aucun n'a été suivi d'une délivrance naturelle.

Ceci confirme, en ce qui concerne la gémellité, l'opinion formulée par CHABRIAT dans sa thèse de Paris (thèse N. 413, année 1913-14) que, « la délivrance artificielle pratiquée dans le cas de gestation gémellaire n'a été que le complément d'une intervention sous-anesthésie, lorsque celle-ci a nécessité le forceps ou la version. »

En effet, sur nos 4 observations, 2 accouchements ont nécessité le forceps et les autres 2 la version.

d) INFLUENCE DE LA PRÉSENTATION.

Sur nos 67 délivrances artificielles on trouve en ce qui concerne la présentation du fœtus les chiffres suivants :

Sommet	56
Face	1
Siège	10

Ce chiffre de 10, en ce qui concerne la présentation du siège nous semble assez élevé étant donné qu'il s'agit ici de 67 accouchements seulement sur nos 4.047 colligés; et que la fréquence de l'accouchement dans la présentation du siège est de 1/60.

Doit-on trouver l'explication de la D. A. dans la longueur du travail ou bien dans le fait que le siège étant une présentation anormale, elle est due à une malformation utérine, à une tumeur ou à une insertion basse; plutôt que dans la fréquence des hémorragies dans l'accouchement par le siège ?

INDICATIONS

Au nombre de cinq, ces indications sont :

hémorragie,
rétention totale,
rétention partielle,
infection amniotique,
emprisonnement du placenta.

Ces indications sont de fréquence très dissemblable: dans nos observations, on trouve que la délivrance artificielle a été nécessitée par l'hémorragie 27 fois sur 47, soit dans une proportion de 59 % ; par la rétention totale, 6 fois ; par la rétention partielle, 5 fois et 4 fois par l'infection amniotique, ainsi que 2 fois par l'emprisonnement du placenta.

En regardant d'autres statistiques, nous trouvons également que l'hémorragie est une des indications les plus fréquentes :

Auteurs	Année	Hémorragie	Rét. tot.	Rét. partielle
Gutmann	1895	60 %	20 %	20 %
Bosquet	1898	79 %	15,6 %	4,34 %
Jacobson	1906	78 %	20 %	2 %
Royer	1921	61,6 %	36,4 %	2 %

Nous concluons donc en regardant ces statistiques que l'hémorragie est l'indication majeure de la D. A.

I. — Passons donc en revue ces causes.

1° Décollement partiel du placenta.

2° Inertie utérine, c'est-à-dire manque de contraction et de rétraction du muscle utérin.

Le décollement partiel tient aux adhérences anormales ne reconnaissant en pratique qu'une cause : l'endométrite déciduale, amenant de graves altérations de la caduque inter-ovulo-placentaire.

L'inertie, elle, relève de plusieurs causes :

- a) mauvaise qualité de la fibre utérine ;
- b) surdistension de l'utérus due à la gémellité, gros œuf ou hydroamnios ;
- c) dégénérescence fibromateuse ;
- d) travail laborieux ;
- e) contractions subintrantes ;
- f) tuberculose,
cardiopathie,
albuminurie.

La fréquence relative de toutes ces causes dans les observations prises par nous, sont :

Placenta praevia	1 cas
Contractions irrégulières	4 »
Malformation utérine	1 »
Adhérences	4 »
Gros œufs	11 »
Travail long	8 »
Travail rapide	4 »
Albuminurie	2 »
Fibrome	2 »
Enchatonnement	2 »

Dans le cas de fibrome, les hémorragies s'expliquent aisément si l'on songe à l'absence de ligatures vivantes, à l'inertie utérine consécutive et aux fibromes interstitiels qui en interrompant les fibres musculaires, font échouer les efforts de rétraction et de contraction utérine. » (1)

« Les fibromes sous-muqueux exposent à l'inertie utérine, aux adhérences placentaires et par conséquent aux hémorragies de la délivrance. » (2)

En ce qui concerne les gros œufs, les divers auteurs qui s'en sont occupés au point de vue des hémorragies de la délivrance les estiment considérables (STRASMAN, Berlin 1889). D'autre part, GUÉNIOT admet que les hémorragies de la délivrance sont dues à l'inertie utérine, mais n'admet pas le rôle principal de la surdistension, car dit-il, « les hémorragies de la délivrance devraient être aussi fréquentes dans les cas de gros enfants que dans les cas de grossesse gémellaire puisque dans ce dernier cas la distension est en général beaucoup plus considérable. » (1)

Or, il trouve sur 45 grossesses gémellaires une seule hémorragie soit 2,2 % tandis que pour les gros enfants il trouve un pourcentage de 11,2 %.

Dans nos observations, nous trouvons 2 accouchements gémellaires suivis d'hémorragie, alors que nous relevons 11 accouchements d'enfants pesant plus de 3.950 grammes suivis d'hémorragie.

Ces faits viennent à l'appui de l'opinion émise par GUÉNIOT.

Les autres causes comme :
malformations utérines,
adhérences anormales,
contractions irrégulières,

(1) NETTER. Thèse de Paris, n° 49, 1911.

(2) Pr. BRINDEAU dans *Pratique de l'art de l'accouchement*.

(1) GUÉNIOT, *Annales Soc. Obstétricale de France*, 1904.

causes qui sont communes aux rétentions, seront étudiées avec elles.

II. — Passons maintenant en revue les causes de la rétention totale ou partielle.

a) EXCÈS DE VOLUME.

C'est un cas assez rare et il ne paraît pouvoir être incriminé que dans les cas où il existe des altérations syphilitiques ou dégénérescence molaire partielle.

Nous n'en avons rencontré aucun cas.

b) CONTRACTIONS EXAGÉRÉES DE L'UTÉRUS OU D'UNE RÉGION LIMITÉE DE L'UTÉRUS.

Depuis qu'on n'emploie plus l'ergot, on les observe rarement ; mais nous avons vu dans nos observations 2 cas d'enchatonnement, qui ont nécessité la D. A.

Quant à l'orifice externe du col, la résistance observée parfois serait plutôt d'ordre anatomique. FIEUX, dit que vers la fin de la grossesse les faisceaux contractiles du col sont réduits à presque rien.

Le muscle utérin présentant une plus grande minceur au niveau de l'insertion du placenta, il se forme autour un bourrelet musculaire contractile et rétractile qui en revenant sur lui-même, l'emprisonne en quelque sorte.

Etant donc donné que pour qu'il y ait chaton, il est nécessaire d'y trouver une minceur et une faiblesse du muscle ; on comprend que le siège de l'enchatonnement soit dans les cornes utérines.

Anatomiquement, les faisceaux musculaires internes, dénommés par SUE muscles orbiculaires^e des trompes », qui affectent autour de l'ostium utérinum

une disposition en anneaux concentriques, encerclent l'entonnoir au fond duquel les trompes viennent s'ouvrir.

Les anneaux les plus internes en se contractant, transforment l'infundibulum de la corne en un cul-de-sac qui emprisonne le placenta.

De même toutes les causes favorisant les contractions irrégulières, peuvent amener l'enchatonnement: primiparité, malformations, l'emploi de l'ergot, adhérences ou manœuvres de l'accoucheur.

Dans nos observations, nous trouvons 2 cas où la délivrance artificielle a permis de reconnaître l'enchatonnement.

c) ADHÉRENCES ANORMALES DU PLACENTA.

Comme nous l'avons déjà exposé plus haut pratiquement, la cause de ces adhérences est l'endométrite déciduale.

Elles ont été vues par nous 4 fois chez des multipares et 10 fois chez des primipares.

III. — L'infection amniotique a été rencontrée par nous 4 fois chez des primipares dont l'accouchement a nécessité un long travail et où la rupture des membranes s'est fait prématurément. La délivrance artificielle a été effectuée immédiatement après l'accouchement et suivie d'un iodage de la cavité utérine.

MORBIDITÉ

BROSSET, sur 115 délivrances artificielles constate 49 fois des suites de couches fébriles, soit une morbidité de 42,61 %. JACOBSON sur 91 cas, note 31 donc 34,06 % et enfin ROYER en 1921 dans une statistique de la Clinique Tarnier, note sur 99 cas une morbidité de 33,33 %. Nous, pour notre part, nous trouvons sur 47 cas pris sur le total de 4.047 accouchements, 6 couches fébriles, soit un pourcentage de 12,70 %.

Quelle est la part exacte de la délivrance artificielle dans ces suites de couches fébriles ?

Il me paraît difficile de la déterminer.

Il est certain que la longueur du travail, les examens répétés, la rupture prématurée des membranes, l'infection amniotique dont nous avons noté 4 cas, les lésions des parties molles et la rétention de membranes, jouent leur rôle.

Une des complications fréquentes de la D. A. est la *phlégmatis alba dolens*, mais nous n'avons rencontré aucun cas.

MORTALITE

Dans nos observations elle est nulle.

D'ailleurs les autres statistiques comme celle de BROSSET ne montre qu'un pourcentage de 1,74 % et celle de ROYER 2 %.

STATISTIQUE DES DÉLIVRANCES ARTIFICIELLES APRÈS ACCOUCHEMENT
SPONTANÉ. (Chiffres relevés sur 4.047 accouchements.)

N° d'ordre	Année	N° de l'accouchement	Parité	Terme de la grossesse	Présentation	Durée du travail	Délivrance faite au bout de...	Poids du placenta	Suite de couches	INDICATIONS OBSERVATIONS
1	1934	136	IV	T	SIDT	8 h.		650 gr.	N.	Episiotomie. Extraction difficile.
2	»	339	II	7 mois	OIGA	7 h.		390 gr.	N.	Non décollement.
3	»	535	III	T	OIDP	9 h.	Iméd.	500 gr.	N.	Hémorragie. Syncope.
4	»	655	I	T	OIGA	14 h.	2 h.	600 gr.	N.	Non décollement. Hémorragie.
5	»	865	I	T	OIGA	15 h.	Iméd.	580 gr.	F.	Décollement partiel.
6	»	978	I	T	OIDA	20 h.	Iméd.	595 gr.	N.	Non décollement.
7	»	988	II	T	OIGA	17 h.	2 h. 1/2	630 gr.	N.	Adhérences.
8	»	1121	I	T	OIGA	13 h.	1 h. 1/4	640 gr.	N.	Hémorragie. Inertie.
9	»	1368	I	T	OIGA	14 h.	1 h.	600 gr.	N.	Hémorragie.
10	»	1437	III	T	OIGA	7 h.	1 h. 1/4	640 gr.	F.	Hémorragie. Enchâtonnement corne gauche.
11	»	1829	I	T	OIDP	16 h.	1 h.	700 gr.	N.	Hémorragie.
12	»	1873	II	T	OIGA	14 h.	1 h. 3/4	675 gr.	N.	Hémorragie. Décollement partiel.
13	»	1947	III	T	SIGT	18 h.	1 h.	800 gr.	N.	Hémorragie. Décollement partiel.
14	»	1969	I	T	OIGA	10 h.	1 h. 3/4	790 gr.	N.	Hémorragie. Décollement partiel.
15	»	2222	I	T	SIGT	14 h.	1 h. 1/2	565 gr.	N.	Hémorragie.
16	»	2242	I	T	OIGA	12 h.	1 h.	475 gr.	N.	Hémorragie.
17	»	2259	III	T	SIGT	10 h.	1 h.	255 gr.	N.	Hémorragie. Eperon utérin.
18	1935	40	III	8 mois	OIGA	6 h.	1 h.	450 gr.	N.	Hémorragie.
19	»	56	IV	7 mois	OP	5 h.	2 h. 1/2	225 gr.	N.	Non décollement.
20	»	72	I	T	SIGT	16 h.	1 h. 1/2	540 gr.	F.	Hémorragie.
21	»	107	I	T	OIGA	13 h.	2 h.	320 gr.	F.	Hémorragie.
22	»	182	I	T	OIDP	10 h.	1 h.	450 gr.	N.	Hémorragie.
23	»	197	I	T	OIGA	7 h.	1/4 h.	790 gr.	N.	Hémorragie 1.800 gr.
24	»	271	I	T	OIGA	14 h.	3/4 h.	375 gr.	N.	Non décollement. Hémorragie.
25	»	299	I	T	OIGA	9 h.	1 h. 3/4	570 gr.	N.	Hémorragie.
26	»	398	II	T	OIDP	11 h.	2 h.	350 gr.	N.	Hémorragie.
27	»	411	I	T	SIGT	14 h.	2 h.	490 gr.	N.	Insertion basse. Hémorragie.
28	»	460	II	T	OIGA	10 h.	1 h. 1/4	570 gr.	N.	Hémorragie.
29	»	516	III	8 mois	OIGA	12 h.	2 h.	370 gr.	N.	Hémorragie.

30	»	648	I	T	OIGA	13 h.	2 h.	395 gr.	N.	Hémorragie.
31	»	780	I	T	OIGA	12 h.	1 h. 1/4	475 gr.	N.	Hémorragie.
32	»	879	II	T	OIGA	8 h.	1 h.	520 gr.	N.	Hémorragie.
33	»	911	IV	T	OIGA	6 h.	1/2 h.	390 gr.	F.	Hémorragie importante.
34	»	923	I	T	OIGA	14 h.	1 h. 1/2	675 gr.	N.	Adhérences. Hémorragie.
35	»	947	I	T	OIGA	19 h.	2 h.	476 gr.	N.	Adhérences.
36	»	961	III	T	OIGA	6 h.	1/2 h.	390 gr.	F.	Hémorragie importante.
37	»	993	I	T	OIGA	13 h.	2 h. 1/4	460 gr.	N.	Adhérences.
38	»	1058	I	T	OIDP	12 h.	1/4 h.	530 gr.	N.	Extraction lab. Hém. import.
39	»	1251	I	T	OIGA	15 h.	1 h.	475 gr.	N.	Enchâtonnement.
40	»	1252	III	T	SIGT	6 h.	Iméd.	490 gr.	N.	Acc. laborieux. Epuisement.
41	»	1496	I	8 mois		11 h.	1 h.	565 gr.	N.	Albuminurie. Inf. amniotique.
42	»	1789	I		OIGA	10 h.	3/4 h.	435 gr.	N.	Non décollement.
43	»	1821	I	T	OIGA	12 h.	2 h.	375 gr.	N.	Non décollement. Epuisement.
44	»	1968	I	T	SIDA	12 h.	Iméd.	425 gr.	N.	Accouchement laborieux.

CONCLUSIONS

1. D'après l'examen des diverses statistiques, la fréquence de la délivrance artificielle est de 1,13 % après intervention et de 0,76 après accouchement spontané.

2. La morbidité moyenne est de 17 % et il faut tenir compte que dans nos 67 observations colligées, nous avons noté des interventions chirurgicales assez graves qui ont précédé la D. A. comme : 2 basiotripsies, 1 craniotomie et une embryotomie.

Mais il y a lieu de considérer que ces chiffres ont été obtenus à la clinique TARNIER dans des conditions rarement possibles en pratique courante.

3. Nous tirons la conclusion que la D. A. doit être pratiquée sur une indication formelle et sous les plus grands soins d'aseptie; elle doit respecter autant que possible le temps d'inertie physiologique du muscle utérin et doit être évitée toutes les fois qu'elle n'est pas absolument nécessaire pour diminuer autant que possible le risque d'infection et nous envisagerons en particulier le cas où la D. A. n'a été pratiquée que pour profiter de l'anesthésie au cours d'une intervention.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Pr. BRINDEAU. — 1929. Pratique de l'art de l'accouchement.
- METZGER. — 1931. L'accoucheur moderne.
- Pr. BRINDEAU et CHOME. — 1925-1935. Leçons du jeudi soir à la clinique Farnier.
- NETTER. — 1911. *Thèse de Paris* n° 49.
- GUÉNIOT. — 1904. *Annales Soc. obstétricale de France*.
- CHABRIAT. — 1913. — *Thèse de Paris* n° 413.
- BUDIN. — 1895. *Thèse de Paris*.
- BROSSET. — 1898. *Thèse de Paris*.
- JACOBSON. — 1906. De la délivrance artificielle à la Clinique Beaudelocque.
- ROYER. — 1921. Statistique des délivrances artificielles à la Clinique Farnier.
- H. LITINSKY. — 1935. Le pronostic de la délivrance artificiellement manuelle (*Thèse de Paris*, éd. Pascal).
- VAUDIER. — 1926. Le pronostic de la délivrance artificielle (*Thèse de Paris*).
- Gilberte LÉVY. — 1933. Contributions à l'étude des rétentions placentaires (*Thèse de Paris*).
- LEVAUT et WEIL. — Hémorragies par rétention placentaire post-partum, curetage, perforation utérine ramenant la trompe dans l'utérus, nouvelle hémorragie, hystérectomie (*Bull. Soc. d'obstét. et de gynéc.* 21, 171-173, mars 1932).
- DIDIER. — Vingt cas de délivrance artificielle (*La Pratique Médicale française*, n° 6, juin 1929).
- M. TELIE. — Statistical study on results of manual extraction of placenta (*Rothl v. chir. a Gynack* 14 : 163-169, 1936).

G. BALLARIO. — Sul secundamenta manuale artificiale
« Contributo clinica statistico » (*Boll. d. soc. Piémontese di ostet.* 1934).

BAUME. — Is manual extraction of placenta dangerous
(*Mouatsch f. Goburto a. gynak.* 55, 322-336, octobre 1921).

A. TURENNE. — A propos de la délivrance artificielle (*Société belge de gynécologie et obstétrique*, séance du 1^{er} octobre 1932. *Bruxelles Médical* n° 51, 16 octobre 1932).

TURENNE. — Un point de technique obstétricale à propos de la délivrance artificielle (*Presse Médicale* 40-386, 9 mars 1932).

A. WEBER. — Die canuelle Lösung der Plazenta (*Deutsche med. Wehn* 57-498-499, 20 mars 1931).

S. RADVANY. — Technie and results of manual separation of placenta (*Orvosi hetil* 76-253-255, 26 mars 1932).

K.-H. KIFFER. — Puerperal morbedity from intra utérine intervention in third stage of labor (1925 June 20. *Tentralbl. of gynek.*).

TABLE DES MATIERES

Introduction.	9
Historique.	11
Définition. Technique. Indications	13
A. — 1° Fréquence	15
2° Indications.	15
3° Morbidité.	16
4° Mortalité.	16
Statistique des délivrances artificielles pratiquées après intervention chirurgicale	17
B. — a) Influence de la parité.	19
b) Influence du placenta	20
c) Influence du poids du fœtus.	20
d) Influence de la présentation.	21
Indications.	23
Morbidité.	29
Mortalité	31
Statistique des délivrances artificielles pratiquées après.	32
Conclusions.	35
Bibliographie.	37



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



